

*Tesis Final*

# REVISIÓN ACTUARIAL DE LOS SEGUROS DE SALUD EN MEDICINA PRIVADA

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Alumno: María Vanina Fochesatto - DNI 30.691.365

Carrera: Actuario

Fecha: Diciembre 2011



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

---

---

## **Abstract**

---

---

El presente trabajo intenta mostrar un ámbito poco convencional de desempeño del actuario como lo son los seguros de salud. Particularmente en Argentina carecemos de tal tipo de calificación para la generalidad de los planes de salud o coberturas médicas privadas ya que no están dentro del marco regulatorio de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). Sino que se trata de un servicio brindado por compañías privadas que por lo general carecen de todo tipo de sustento matemático actuarial a la hora de cotizar sus productos.

A raíz de la escasa disponibilidad de información con la que se cuenta al respecto, la presente apunta a ser inicialmente una tesina bibliográfica, buscando explicar a través de conceptos teóricos la necesidad de encarar esta actividad como un verdadero seguro, con las bases actuariales necesarias para su correcta cotización y gestión, y su inmediato seguimiento de riesgo. En el último apartado del trabajo, dividido en dos secciones, se presenta un modelo de cobertura como ejemplificación de la exposición teórica.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**Contenido**

Abstract.....	2
Planteo.....	6
Hipótesis .....	6
Introducción – Exposición de objetivos .....	7
1. Principios Fundamentales de Asegurabilidad .....	8
2. Sistema de Salud Argentino .....	11
2.1 Financiamiento sectorial.....	12
2.2 Actores del Sistema de Salud.....	13
2.3 Las prestaciones de salud en Argentina como SEGUROS .....	15
2.4 Situación actual de las compañías de salud - Reglamentación .....	17
2.5 Seguros de Salud y Empresas de Medicina Privada.....	19
2.6 La continuidad del seguro de salud .....	20
3. Gestión del Riesgo de Salud.....	23
3.1 Evolución del enfoque de riesgo.....	23
3.2 La necesidad de cuantificar el riesgo.....	23
3.3 El Rol del Actuario en la Gestión del riesgo de salud.....	24
3.4 Desarrollo de productos – Graduación de coberturas .....	26
3.5 Suscripción .....	27
3.6 Tarificación.....	27
4. Seguro de Gastos Médicos – características.....	29
4.1 Posibles Prestaciones.....	29
4.2 Elementos habituales .....	30
4.3 Modalidades de indemnización .....	30
4.4 Reservas .....	31
4.5 Elementos de cotización .....	32
4.6 Obligaciones emanadas del contrato de seguros .....	33
4.7 Tipos de Planes de Salud.....	34
4.8 Límites de cobertura y exclusiones.....	35
4.9 Características del seguro de gastos médicos .....	35
4.10 Similitudes con negocios de largo plazo .....	35
4.11 Similitudes con negocios de corto plazo.....	37

4.12 Tarificación de primas individuales y precio de mercado .....	38
4.13 Regulación de tarifas y algunas consideraciones sobre Reserva.....	39
5. Cálculo Tradicional de la Prima de Riesgo del Seguro de Salud.....	44
5.1 Acerca de las Estadísticas .....	44
5.1.1 Variables del Sistema Estadístico de los Seguros de Salud.....	44
5.2 Índices de Cobertura.....	46
5.3 Variables Determinantes .....	47
5.4 Prima de Riesgo .....	49
5.4.1 Metodologías .....	49
5.4.2 Frecuencia de Incidencia de Siniestros.....	50
5.4.3 Intensidad o Costo Medio de Siniestros.....	50
5.4.4 Deducibles e Inflación Médica.....	51
5.5 Prima de Tarifa.....	52
6. Propuesta de Nota Técnica .....	53
6.A. Medicina Privada – Cobertura Global.....	54
6.1 Especificaciones .....	54
6.1.1 Objetivo del Plan.....	54
6.1.2 Coberturas del programa de salud .....	55
6.1.3 Exclusiones.....	58
6.1.4 Operación del programa.....	60
6.1.5 Canales de distribución.....	61
6.1.6 Características del Plan .....	61
6.1.7 Bases Técnicas .....	61
6.1.8 Cálculo de Prima de Riesgo y de Tarifa.....	61
6.1.9 Forma de Pago .....	64
6.1.10 Gastos de expedición.....	64
6.1.11 Extraprimas.....	64
6.1.12 Reservas .....	64
6.1.13 Compensación a intermediarios.....	64
6.1.14 Programa de Reaseguro .....	65
6.2 EJEMPLO CON BASE AL MODELO TEÓRICO PRÁCTICO.....	65
6.B. Transplante de Organos – Cobertura Excepcional .....	75

6. B.1 Descripción de la cobertura.....	75
6. B.2 Cálculo de la Prima .....	76
Conclusiones .....	83
ANEXOS .....	85
Bibliografía y páginas Web de consulta .....	89



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

---

---

## Planteo

---

---

¿Cuáles son los fundamentos matemáticos de los actuales planes de salud en Medicina Privada en Argentina?

¿Es sustentable un modelo de cobertura de salud planteado como un seguro?

¿Es factible la utilización de modelos estadísticos para la medición de riesgos de salud y la consecuente aplicación de modelos actuariales de tarificación para lograr una cobertura eficiente?

---

---

## Hipótesis

---

---

Los planes de salud en Argentina son considerados más bien como una prestación de servicios que como una cobertura de salud de contingencia azarosa. En efecto, la Medicina Privada está fuera del ámbito de regulación de seguros.

Las coberturas de salud planteadas como Seguros de Salud son escasos y por lo general, como complemento de otras coberturas que brindan las compañías de Seguro. Prácticamente la totalidad de la oferta de cobertura de salud se encuentra dividida entre la Seguridad Social y la Medicina Privada.

Sin embargo, a priori podemos pensar en que la salud representa estabilidad económica para el hombre, y los gastos en salud forman parte de un riesgo asegurable ya que existe la contingencia de que el asegurado no pueda acceder a los servicios de salud que requiera y ello presente para él una pérdida patrimonial significativa. Por lo que resulta factible la utilización de modelos estadísticos para la medición de tal riesgo y lograr una cobertura de salud sustentable y eficiente.

Los fundamentos matemáticos para su correspondientes tarificaciones parecen inexistentes o poco claros. Es necesario entender el sistema de salud en su totalidad para comprender el porqué de la estructura de planes y servicios con los que contamos hoy en nuestro país, para poder plantear una cobertura de salud a través de seguros, incorporada dentro de la cultura general de la población.

---

## **Introducción – Exposición de objetivos**

---

Si bien existe un abanico de posibilidades a tratar en cuanto tratamiento de distintos tipos de riesgos que atañen a la labor profesional del Actuario, todo en cuanto a Riesgos implícitos en la salud del hombre aún no tienen el análisis y sustento metódico matemático necesario para poder presentar a la sociedad planes que satisfagan sus necesidades de bienestar saludable y patrimonial.

En general, el seguro protege la seguridad financiera. Por ejemplo, el seguro de auto protege contra las pérdidas financieras relacionadas con los accidentes del coche, el seguro de vida protege contra las pérdidas financieras asociadas con la muerte de un miembro de la familia. El seguro de salud es algo diferente. No tiene como objetivo único proteger contra las pérdidas financieras asociadas a incurrir en costos médicos, sino también para proteger la seguridad sanitaria. Es decir, que protege contra la posible pérdida de la salud en sí, resultante de la incapacidad o insuficiencia de acceder al sistema de salud.

¿Por qué Medicina Privada? Porque muchas veces los sistemas públicos no satisfacen completamente los requerimientos de los beneficiarios en cuanto a calidad del servicio, o existen ineficiencias que encarecen los mismos. Por ello la necesidad de plantear seguros de salud privados y de medicina prepaga, los cuales buscan poner el énfasis en proveer servicios de calidad aceptable y a un "precio" razonable. De todas maneras queda abierto a plantear sistemas mixtos que cubran tales contingencias de salud.

La cobertura de salud por medio de planes individuales a través de entidades privadas todavía no está completamente incorporada dentro de la cultura general de la población, en parte porque se espera que tal cobertura esté garantizada por el Estado, en parte debido a los elevados costos que representa una cobertura amplia para una familia.

El objetivo del presente trabajo es exponer la realidad argentina en cuanto a cobertura de salud, entender sus deficiencias de sustentos matemáticos y poner sobre la mesa los elementos actuariales que manifiestan la necesidad de contar con un sistema de cobertura de salud privada respaldada por una tarificación razonable, transparente y regulada dentro del ámbito de los seguros.

---

## **1. Principios Fundamentales de Asegurabilidad<sup>1</sup>**

---

El seguro es un acuerdo que permite a una de las partes, el asegurado, obtener la garantía financiera mediante la transferencia del riesgo de pérdida a otra parte, el asegurador. El asegurador recoge regularmente los pagos de prima de los asegurados de manera que si un asegurado tiene una pérdida, la aseguradora tiene una reserva de dinero para cubrir la pérdida. El seguro es sólo posible, entonces, con un número suficiente de los asegurados que tienen en común sus riesgos de manera que los pocos que tienen una pérdida pueden ser financiados por los muchos que no lo hacen.

Tradicionalmente, el riesgo ha sido considerado "asegurable" si se ajusta a ciertos principios fundamentales:

Que sea **económicamente viable**: El tamaño de la pérdida debe ser suficientemente grande de manera que el asegurado está dispuesto a pagar periódicamente una prima con el fin de cubrir una pérdida que pueda ocurrir. En general la cobertura de salud, es económicamente viable, especialmente a través de su cobertura a los altos costes derivados de los servicios médicos de la siniestralidad o lesiones. Sin embargo, ciertas partes o aspectos de la cobertura no serían realistas para asegurar como un riesgo independiente en ausencia de otros beneficios económicos (por ejemplo, las preferencias de impuestos y descuentos de red). Por ejemplo, si una póliza de seguro de salud que cubre sólo los exámenes físicos de rutina, no sería económicamente viable. Esto es porque el costo de pagar directamente al médico será menos que las primas de seguros, que incluyen los gastos administrativos y otros. A pesar de este principio, sin embargo, este tipo de artículos de bajo precio han convertido en componentes de muchos atractivos paquetes de cobertura de salud. En la práctica, la inclusión de estos artículos de bajo precio en los paquetes de beneficios proporciona a menudo el acceso a determinadas ventajas económicas, tales como descuentos de proveedores y la desgravación fiscal de las primas.

Que la pérdida sea **demostrable**: La pérdida debe quedar claramente demostrada, con respecto tanto a la realización del evento como a la responsabilidad de la aseguradora. Una pérdida demostrable es aquella en la que la presencia es evidente. Por ejemplo, la

---

<sup>1</sup> Apartado referido a "Principios del Seguro de Vida, Salud, y Rentas Vitalicias" de Editorial LOMA



muerte es de por sí una pérdida demostrable, una que el asegurado desea evitar. Pocas veces existe ambigüedad en la determinación de si la pérdida de la vida se ha producido y las políticas de seguros de vida están generalmente especificadas para proveer una cantidad específica cuando la muerte se confirma. La mayoría de otras pérdidas no siempre son tan fáciles de determinar. Las pérdidas cubiertas por el seguro de salud son a menudo menos demostrables que la pérdida de la vida. El contrato de seguro de salud, sin embargo, define la pérdida. En particular, las políticas de seguro de salud por lo general requieren que sea "medicamente necesario" definido por un médico autorizado sobre la base de su juicio. Por ejemplo, si una persona tiene un ataque al corazón, el asegurado recibirá una ayuda financiera con las cuentas médicas. Sin embargo, no siempre está claro qué tratamientos específicos son médicamente necesarios.

Que el **valor económico** del seguro **se pueda calcular**: El asegurador debe ser capaz de determinar con exactitud las pérdidas esperadas para el cálculo de la prima del seguro. Esto implica el cálculo de la frecuencia esperada y el importe de cada crédito de seguro, lo que requiere datos de siniestros suficientes. Mediante la combinación de muchas pérdidas individuales, los beneficios de la compañía de seguros presentan una mayor previsibilidad que brinda la ley de los grandes números. La mayoría de los costos de seguros médicos son muy calculables. Tienden a tener una alta frecuencia y una pérdida definida (se paga la cantidad).

Que la **pérdida sea aleatoria**: Al igual que el requisito de que la pérdida sea demostrable, la pérdida debe estar más allá del control del asegurado. Una consulta semestral al médico para revisión o la limpieza de los dientes no son una pérdida al azar. Para las personas que compran un seguro con el conocimiento previo de que van a utilizar estos servicios, esta situación ya no es una situación de seguros, sino más bien un pago anticipado de los futuros servicios conocidos. Los problemas médicos más grandes que se pueden detectar durante una visita al médico anual sobre un individuo cubierto, sin embargo, son al azar.

La cobertura de salud cubre los costos asociados con eventos grandes y generalmente al azar, tales como ataque al corazón, derrame cerebral, y la aparición de una enfermedad crítica. Sin embargo, este principio de aleatoriedad es el más ampliamente comprometido por la cobertura de los programas públicos y privados de salud, que cubren muchos reclamos no aleatorios, como consultas, exámenes de laboratorio de rutina, y los